ד התחבורה והבטיחות בדרכים/רשות הרישוי

משר	San	ESPORTS		
1	>	1,	3	Six
		7	0	1,

					ح/ ٧
				7	3 K
דרגת בשיוו מס' זהות	כלבד ר	טופס בעט שחור	יש למלא את ה		נכבדי,
דרגת רשינו מס' זהות AP 190/00	שר ראייתד	אית, שתכיל מבדק כו	ה בבצוע ביקורת רפו	יון הנהיגה שלך מותנ	חידוש רש
	יואו רללו	ט מורשה) ומבדה רו	אצל אופטומטריסו	א עיניים מומחה או	(אצל רופ
יד חידוש שנת לידה מס' רשיון נהיגה	זת הרופא,	בדיקת הראיה, בדיכ	זטופס המלא - עם ו לווילגם לענה המנו	ף בגב הטופס. את ו	מיוענוס
0191843) (137) (66)	.58102)	אוי ת"ד 270, חולו ז לתועורה המש	שלווו לאגף הריפ	יך וחתימתך - נא בטורים כן	סמו/י
הגבלות	אנה	נ של כושר הר	יקה הרפואיר מקה הרפואיר	תוצאות הבז	ж.
ימולא ע"י רוצא עיניים מומחה	ראיה דו-עינית	שדה ראיה		חדות ראיה 2	
או אופטומס כנסט מורשה	וכפל ראיה	120° לפחות	עם משקפיים	בלי משקפיים	עין
זיהיתי את אלול לי הוא מזהת. וידאתו איונים רפט ביים ביים בדיקם	מס' עצמים מזוהה 2 כן 🔀 לא	כן 🔀 לא 🗌	כן 🔀 לא	כן 🗌 לא 🔀	ימין
ללא משקפיים. הבדיקה כולה בוצעה באמצעות מכשיר בדיקה המאושר ע משרד הבריאות.	2 כן 🔀 לא	כן 🔀 לא	כן 🔀 לא	כן 🗌 לא 🔯	שמאל
11 2 2 2 Alalia	מן א לא 🛚 3	כן 🔀 לא	כן 🔀 לא	כן 🗌 לא 🔀	יחד
תאריך חותמת והתימת הבודק חותמת הבודק	לא 🔲 לא 🗡				

רופא נכבד, בהתאם להוראות תקנות התעבורה מבקש רשיון נהיגה יבדק בבדיקה רפואית אשר תכלול בדיקת מצבו הגופני והנפשי, ונתונים נוספים המשפיעים לדעתך על כשירותי לנהיגה. הבדיקה תיערך ע"י רופאו של המבקש, אשר יפרט את ממצאיו בטופס שקבעה רשות הרישוי ולפי הפרטים שבטופס. אי לכך, נבקשך לבדוק את מבקש הרשיון שפרטיו מצויינים בטופס הבדיקה ולמלא את הטופס על פרטיו. אנא הסבר לנבדק את חלק ב' של הטופס וודא שימלא אותו ויחתום עליו.

.טרקטור ($\mathbf{A1,A2,B}$ בדיקות לבעל רשיון נהיגה מסוג פרטי/דו-גלגלי (דרגות

ימולא ע"י הרופא לאחר בדיקה פיזיקלית ועיון בכרטיי האם ידוע לך על מחלה נוירולוגית: האם היו אירועים של איבוד הכרה ב-5 השנים האחרונות: אם כן, מתיז ומה הסיבה. האם סובל/ת מאפילפסיה (מחלת הכיפיון)! אם כן, מתי היה התקף אחרון! - האם מטופל/ת תרופתית: ברט תרופתי בדף נפרד. האם מאוזן! האם עבר/ה אירוע מוחי! מתיז פרט מצב קיים. דאם יש הפרעות מוטוריות ו/או תחושתיות וו בקואורדינציה: אמן יש קשיון פרק או קטיעת גפה!	.2		 האם הנך סובל/ת מסחרחורות או חוסר שיווי משקל! האם עברת אירוע של איבוד הכרה ב-5 השנים האחרונות! אם כן, מתי! האם את/ה סובל/ת מאפילפסיה (מחלת הכיפיון)! אם כן, מתי היה ההתקף האחרון! האם את/ה מקבל/ת בקביעות תרופות! אם כן פרט אם כן פרט
האחרונות: אם כן, מתיז ומה הסיבה. האם סובל/ת מאפילפסיה (מחלת הכיפיון)! אם כן, מתי היה התקף אחרון! - האם מטופל/ת תרופתית! האם עבר/ה אירוע מוחי: האם עבר/ה אירוע מוחי! מתיז פרט מצב קיים. האם יש הפרעות מוטוריות ו/או תחושתיות וה בקואורדינציה: האם יש קשיון פרק או קטיעת גפה!	1 .2 1 .3 1 .4 .5 1 .5		האחרונות? אם כן, מתי? 3. האם את/ה סובל/ת מאפילפסיה (מחלת הכיפיון)! אם כן, מתי היה ההתקף האחרון! האם את/ה מקבל/ת בקביעות תרופות! אם כן פרט
אם כן, מתי היה התקף אחרון! - האם מטופל/ת תרופתית! פרט תרופות בדף נפרד. האם מאוזן! האם עבר/ה אירוע מוחי! מתי! פרט מצב קיים. האם יש הפרעות מוטוריות ו/או תחושתיות ון בקואורדינציה! האם יש קשיון פרק או קטיעת גפה!	1 .4 .5 V	,	אם כן, מתי היה ההתקף האחרון: האם את/ה מקבל/ת בקביעות תרופות: אם כן פרט
מתי: פרט מצב קיים. האם יש הפרעות מוטוריות ו/או תחושתיות וו בקואורדינציה: האם יש קשיון פרק או קטיעת גפה:	1 .5		4. האם עברת אי פעם אירוע מוחי (שבץ מוחי):
זאם יש קשיון פרק או קטיעת גפחז	1	2	אם כן, מתי!
			5. האם יש לך הגבלה בתנועה ביד או ברגל בגלל ירידה בתחושה, חולשה, שיתוק או קטיעה:
האם סובל/ת מסוכרת: אם כן, מה הטיפול שמקבל/ת: האם היו ארועים של היפוגליקמיה: שתי האם מאוזן:			 האם את/ה סובל/ת מסוכרת? סוג הטיפול שהנך מקבל/ת לאיזון הסוכרת: הסוכרת: ירידה חדה ברמת הסוכר בדם (היפוגליקמיה)?
זאם התרשמת שיש הפרעות במהירות תגובה, התמצאות בזמן ובמקום?			7. האם את/ה סובל/ת מבעיות נפשיות! אם כן, האם טופלת/ מטופל/ת בגינם!
אם לדעתך יש הצדקה לשלוח את הנהג לבדיי	ש א פר ה ה .9 ה .10		8. האם הינך מקבל/ת בקביעות תרופות: אם כן, פרט 7 3 1 7 2 1 7 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9
ערות. שור הרופא אני מצהיר כי הנ"ל חו וויהיתי את המבקש על ו אני מטפל דרך קבע במבקש, זה שלוש שני בקונ"ח אני מטפל במבקש שהוא עולה חדש שטרו מיום עלייתו, בקופ"ח עיינתי בתיקו הרפואי בכי לופן השנים עיינתי בתיקו הרפואי בל בדיקה. שקדמו לבדיקה. תאריד שף תוני	ידוע וו. ה ס זה. איד שוי, שוי, יבי על הנני זצבי	ערכתי בטופי רשות הרי ני מוותר/ה קים אותי ה למחלותי, נ נ הבדיקה	אני החתום מטה מצהיר/ה שכל תשובותי בטופס זה, תואמות בלי כי אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, על כל רישום כוזב של עני מצהיר/ה ומתחייב/ת למסור לרופא המוסמך מטעם ידיעות מלאות ונכונות על מחלותי וליקויי הבריאותיים. א הסודיות בנוגע למחלותי, לגבי המוסדות הרפואיים הבודל מבקשת בזאת מכל מוסד רפואי למסור כל מידע בקשר הרפואי וכל מידע אחר שיידרש לרופא המוסמן או לבא שתח. מבקש/ה לא חתימה, לא יטופל. מבקש/ה לא חתימה, לא יטופל. מבקש/ה לשיבוש הבושרד מבקש/ה בשיר לנו
חתימה וח	הרופא	שם	תאריד
	אם מאוזן: אוני אוני או אם הוזן: אם לדעתך יש הצדקה לשלוח את הנהג' לבדי מכון הרפואי לבטיחות בדרכים: שור הרופא אני מצהיר כי הנ"ל ח וויהתי את המבקש על וויהתי את המבקש על בקופ"ח אני מטפל דרך קבע במבקש, זה שלוש שטר בקופ"ח מיום עלייתו, בקופ"ח עינתי בתיקו הרפואי בריקופ"ח בחים עלייתו, בקופ"ח שקדמן לבדיקה. עאריד שם הווי	האם מאון: אוני אוני אוני אוני אוני אוני אוני אוני	האם מאוזן: אור את הנהג לבדיל במנון הרפואי לבטיחות בדרכים: במכון הרפואי לבטיחות בדרכים: אישור הרופא אני מצהיר כי הנ"ל ח ואי מטפל דרך קבע במבקש, זה שלוש שו בקופ"ח איני מטפל במבקש שהוא עולה חדש שטר בקופ"ח מיום עלייתו, בקופ"ח מיום עלייתו, בקופ"ח עיינתי בתיקו הרפואי בריקלפ"ח בדריקה עיינתי בתיקו הרפואי בריקלפ"ח בדרכים תאריד שם תוני בתיקו הרפואי הביללפ"ח בדרכים מום על למכון הרפואי לבטיחות בדרכים